

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE 184

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

HOCHMAN Abram

né le 18 Octobre 1910 à Lodz, Pologne

**Le Clinostatisme dans le Traitement des Ulcères
Gastro-Duodenaux**

Président : M. CARNOT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas -- PARIS (V°)

1936

Année 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

HOCHMAN Abram

né le 18 Octobre 1910 à Lodz, Pologne

Le Clinostatisme dans le Traitement des Ulcères Gastro-Duodenaux

Président : M. CARNOT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas -- PARIS (V^e)

1936

I — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHIEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ENARD (Henri)	Pathologie médicale.
ERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
SANÇON (Just.)	Hydrologie.
DULIN	Pathologie médicale.
ULLIARD	Histologie.
ATHALA	Pathologie médicale.
IEVALLIER ..	Pathologie médicale.
OGNON	Physique.
EY	Urologie.
ALLIARD	Parasitologie.
ASTINEL	Bactériologie.
GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
AYET	Physiologie.
ROUD	Histologie.
AGUENAU	Pathologie médicale.
ALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
UGUENIN	Anatomie pathologique.
ANNON	Hygiène.
ABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
ACOMME	Obstétrique.
ANTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.,	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICIET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GLAVE	Pathologie chirurgicale.
USQUET	Pharmacologie.
AILLEY-BERT.	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI
ALAJOUANINE ...
AUBERTIN
BRULÉ
CHABROL
CHIRAY
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR - VALLE
RY-RADOT
SÉZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER
HEITZ-BOYER ...
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
GUÉNIOT
LE LORIER
LÉVY-SOLAL
METZGER

Clinique obstétricale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CARNOT

Professeur de Clinique médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR J. CAROLI

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Qui a bien voulu inspirer et diri-
ger cette thèse.*

A MADAME YVONNE CAROLI

Hommages.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BRUMPT

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur à la Faculté de Médecine à Paris

Secrétaire général de l'Institut de Médecine coloniale

Directeur de l'Ecole de Malariologie de l'Université de Paris

Président de la Société de Pathologie Exotique

Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. ADLER

Professeur à la Faculté de Biologie de Jérusalem

A MADEMOISELLE SHOSHANA LÉVY

INTRODUCTION

Le traitement des ulcères est une question médico-chirurgicale par excellence. Il faut avouer que les conditions de cette collaboration entre chirurgiens et médecins ne sont pas sans prêter à des discussions qui se renouvellent à intervalles réguliers, reflétant les tendances à des époques rapprochées. Il semble qu'on assiste à un changement d'opinions, même en ne considérant que les années les plus récentes. On a l'impression, en effet, que les gastro-entérologues ont eu tendance, après la guerre, à laisser dans les traitements la part la plus active à la chirurgie. Leur rôle s'est souvent limité à être les collaborateurs des chirurgiens, à préparer la laparotomie par un diagnostic clinique et radiologique aussi exact que possible des lésions, à suivre l'opéré et plus tard à parer par un traitement médical retardé aux suites chirurgicales éloignées. C'est qu'en effet la chirurgie et surtout la chirurgie des jeunes chirurgiens semblait avoir mérité cette entière confiance du fait non seulement d'une amélioration prodigieuse des statistiques, mais encore d'un meilleur choix des techniques et de la préférence donnée à la gastrectomie. En effet, si on relit les nombreuses communications faites en 1932 à la Société de gastro-entérologie, consacrées au traitement médico-chirur-

gical des ulcères, on ne peut pas manquer d'être frappé du contraste entre la timidité, l'éclectisme et la modestie des affirmations médicales, la satisfaction des chirurgiens rapportant leur expérience.

Mais pendant ce temps-là même et encore davantage dans les années qui ont suivi, une sorte de réaction semble s'amorcer. Cette ébauche de revirement semble trouver sa source dans le perfectionnement même de la technique du diagnostic. Encore tout récemment, la gastroscopie est venue à l'aide de la radiologie pour montrer l'incroyable fréquence de la maladie de Cruveilhier. Les gastro-entérologues eux-mêmes sont stupéfaits du nombre d'ulcères gastro-duodénaux qu'ils totalisent au cours d'une seule consultation. Sur 60 malades examinés par le Dr Caroli, au centre de gastro-entérologie de la gare du Nord, il compte à peu près 20 à 22 % d'ulcéreux. Dans ces conditions, il apparaît un peu absurde de considérer qu'un nombre aussi considérable de malades doit être livré aux chirurgiens pour gastrectomie. Si on reporte sa pensée en arrière, il paraît vraisemblable que la maladie ulcéreuse n'a pas, en réalité, augmenté de fréquence, mais qu'elle est, grâce à la technique, mieux décelée. Donc, la majorité de nos ulcéreux actuels seraient rentrés dans la catégorie des dyspeptiques et auraient guéri, soit spontanément, soit par un traitement médical. C'est pourquoi on voit, de nos jours, les gastro-entérologues reprendre l'étude du traitement médical des ulcères.

LES CRITÈRES DE L'EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT ANTI-ULCÉREUX ET LE CLINOSTATISME

Avant d'entreprendre toute étude sur le traitement médical des ulcères, il faut éliminer une question préjudicielle : c'est la menace brandie par tous les chirurgiens sur la tête des ulcéreux qui ne se font pas opérer, de mourir dans un délai variable, soit d'hémorragie, soit de perforation, soit de cancérisation. Sur le problème de la cancérisation, nous reviendrons plus loin. Mais pour ce qui est de la menace de l'hémorragie mortelle ou de la perforation, au cours du traitement médical systématique, elle ne fait plus aujourd'hui aussi peur. En effet, il existe bien des vieux ulcères chroniques qui se perforent et qui succombent d'hémorragie foudroyante, mais c'est exceptionnel ; il s'agit alors de malades qui ne se soignent pas ou très mal et qui résistent au traitement médical, auraient dû être opérés depuis longtemps. Mais plus souvent encore pour les perforations que pour les hémorragies, ce sont des accidents aigus des ulcères méconus, survenant chez des sujets à leur première crise, comme première manifestation de la crise, en l'absence de tout passé dyspeptique. Par conséquent, cet accident révélateur ne peut être imputé à aucune faute de traitement.

Une deuxième question préliminaire doit être étudiée quand il s'agit d'apprécier l'efficacité d'un traitement anti-ulcéreux ; c'est l'appréciation des critères de guérison de l'ulcère. Et pour cela, il est nécessaire d'envisager des problèmes bien distincts :

1° Les signes de guérison d'une poussée ulcéreuse ;

2° Les signes de guérison de la maladie ulcéreuse.

Pour qu'un traitement soit jugé efficace sur la poussée ulcéreuse, il va de soi que non seulement il doit supprimer les signes fonctionnels, c'est-à-dire la douleur, mais qu'il doit aussi effacer les manifestations radiologiques. Mais ces nettoyages radiologiques appellent d'importantes réserves. Moutier, en particulier, a bien montré que les niches ulcéreuses relèvent moins de la perte de substance que de phénomènes œdémateux, accompagnant la poussée. Si bien que la disparition des niches ne signifie pas toujours que la perte de substance est réparée : celle-ci peut subsister. C'est un ulcère dormant accessible à la gastroscopie.

La deuxième réserve a plus d'importance encore. On ne saurait trop répéter que dans la plupart des cas, toute poussée ulcéreuse a une tendance spontanée, tant au point de vue fonctionnel que radiologique, à la guérison. Il semble donc hors de doute que la plupart des traitements qu'on a pronés ne font qu'accompagner une évolution spontanément favorable ; il faut donc être très sévère dans l'appréciation de la valeur thérapeutique d'un remède et ne déclarer actives sur une poussée ulcéreuse que les médications agissant sur ces douleurs d'une façon *constante* ; c'est-à-dire dans tous les cas, d'une façon *immédiate* dès le début de la mise en œuvre du traitement et quelles que soient l'intensité et la durée de la

crise et enfin, d'une façon *définitive*, c'est-à-dire que le traitement doit être *abortif* pour la poussée en cause. Elle doit être, en fin de compte, *exclusive*, sans adjonction médicamenteuse, se privant même quelquefois du régime.

Les critères de guérison de la *maladie* sont encore d'une appréciation plus délicate. Le déclenchement des poussées reste, en effet, le plus souvent mystérieux. Il est plus fréquent de pouvoir le rattacher à une période de surmenage intellectuel ou d'exaltation émotive qu'à un excès d'alimentation. La périodicité saisonnière peut être plus fréquemment rencontrée en pratique et rien n'est plus facile que de maintenir un malade dans un état de guérison apparent pendant l'hiver, lorsque ses crises n'ont lieu qu'au printemps. Chez bien d'autres cependant, le potentiel évolutif de la maladie fait revenir les crises à des intervalles moins fixes, mais ce que nous ne devons pas oublier de souligner, c'est que ces intervalles sont parfois d'un éloignement énorme qui ne pourrait donner d'illusion qu'à des thérapeutes sans critique ; témoin, l'histoire de Mme K... qui est venue consulter en 1931 après avoir été traitée par Mathieu, vers 1905, par six mois de régime lacté pour un ulcère et qui, depuis, n'avait jamais éprouvé de rechute douloureuse. La poussée pour laquelle elle a été soignée durait depuis six mois parce que la malade était traitée pour une cholécystite qu'elle n'avait pas. Il est probable que cette femme, aujourd'hui parfaitement guérie, n'aura pas une crise qu'après un intervalle de temps semblable au précédent. Donc, un traitement pour être réputé actif contre la maladie, doit s'opposer au retour des crises, compte tenu du potentiel évolutif de la maladie.

Le traitement médical de l'ulcère de l'estomac repose sur

un trépied classique : il faut dire que si ce trépied est classique, il est classique aussi de réserver à ses trois éléments une importance bien inégale. Du fait de la mode qui joue en thérapeutique un si grand rôle, du fait du renouvellement incessant des théories pathogéniques de l'ulcère qui d'année en année, deviennent plus nombreuses tout en restant aussi incertaines, du fait de la multiplication des spécialités pharmaceutiques tapageuses par leur réclame, c'est le chapitre pharmaceutique du traitement des ulcères qui s'est développé ces derniers temps de la façon la plus considérable. De lui nous ne dirons rien, car on a présent à la mémoire les travaux qui ont développé l'emploi des injections de pepsine, méthode qui est à la fois d'origine française et d'origine autrichienne. Les injections d'histidine, la plus savante peut-être des méthodes, puisqu'elle repose entièrement sur des travaux expérimentaux. Les traitements parathyroïdiens qui posent la question si complexe de gastropathie endocrinienne. Tous ces traitements ont à leur décharge — et c'est vraiment beaucoup de pouvoir le dire pour une autre maladie — qu'ils sont tous inoffensifs. Notre opinion est cependant que dans un grand nombre de cas, leur valeur thérapeutique n'est pas absolument démontrée, il est même rare que les protagonistes de ces diverses méthodes, n'aient pas simultanément ajouté à la médication soi-disant spécifique des prescriptions hygiéno-diététiques, faisant en réalité double emploi.

Le régime a de tous temps occupé la place la plus importante dans le traitement de l'ulcère. Nous pensons qu'il a un rôle curateur et nous y reviendrons plus loin. Cependant il est facile de voir en raison de leur diversité, que

L'accord est loin d'être fait entre les aliments favorables ou nocifs aux malades atteints d'ulcère. Là encore, il est aisé de reconnaître que ce n'est pas l'empirisme et la stricte observation des faits, qui ont guidé les auteurs, mais surtout des conceptions physio-pathologiques non encore démontrées.

Quelle que soit la surprise que ces lois doivent entraîner, l'élément du traitement, qui nous paraît le plus important, et nous devons le dire, le seul important, c'est le repos (Carnot, Caroli et Moutier). Ajoutons, que si l'on nous demande des trois armes de n'en garder qu'une seule, c'est celle-là et sans aucune hésitation que nous choisissons.

La cure de repos ou le traitement clinostatique des ulcères tel que nous l'entendons, doit être très strict pour être actif. Il comporte un repos au lit absolu. Le malade pourra se lever seulement quelques instants par jour, en évitant, même pour faire sa toilette, de se tenir debout. Dans ces conditions, la cure pourra être d'une durée très courte, surtout si la poussée est de date récente, et il se peut que trois ou quatre jours et même quarante-huit heures suffisent. Nous préférons dans la plupart des cas un repos absolu ; une huitaine de jours en moyenne. Or, ce traitement, le plus simple on l'avouera de toutes les thérapeutiques se révèle efficace en dehors de toute adjonction médicamenteuse, voire même en dehors de tout régime alimentaire. En effet, non seulement aux malades soignés à la clinique de l'Hôtel-Dieu par clinostatisme, on a supprimé toute adjonction médicamenteuse, mais encore on leur a imposé une sorte de contre-épreuve, le régime dit ordinaire de l'hôpital, et on sait que ce régime riche en ragoûts, haricots secs, en choux de toutes espèces, n'a pas les faveurs de l'estomac dit délicat.

HISTORIQUE

Quand notre maître, le professeur Paul Carnot et M. Caroli, ont voulu, à la Société de Gastro-entérologie en 1934, attirer l'attention sur l'importance capitale du clinostatisme dans le traitement médical des ulcères de l'estomac, on a eu l'impression que l'accueil qui leur a été réservé, était un mélange de scepticisme, d'une part, et d'ironie, d'autre part. Quant au caractère de nouveauté représenté par cette découverte thérapeutique, tout le monde en doutait.

Pourtant, la plupart des traités de thérapeutique français et étrangers, sont muets sur ce point. Il n'était pas dans la coutume des gastro-entérologues, d'appliquer systématiquement aux ulcéreux le traitement de clinostatisme thérapeutique. Nous avons eu la curiosité de revoir les auteurs depuis les plus anciens, traitant ce sujet. Le père de la maladie Cruveilhier est également le créateur de la cure de repos. Mais, il n'entend pas par repos celui du sujet, mais celui de l'estomac, et l'on sait que son traitement commence par une diète absolue de 24 heures. Bouveret reprend la doctrine diététique de Cruveilhier et lui attribue tous les succès de la thérapeutique. Pour Hayem et Lyon, il n'est pas question non plus de l'effet décisif du clinostatisme. Il n'y en a pas un mot dans le Traité de Thérapeutique de Lœper, ni dans le Traité de Pathologie médicale d'Enriquez.

Seuls les élèves de Mathieu, J.-Ch. Leroux et en particulier Moutier, soulignent la valeur thérapeutique considérable du repos au lit. Mais ce n'est, semble-t-il, pour ces auteurs, qu'un traitement complémentaire. Pour nous au contraire, le clinostatisme est l'arme principale dans le traitement des ulcères. Ce n'est pas que la plupart des auteurs n'ont pas tenu leurs malades au lit ; sans doute Cruveilhier sans qu'il nous en avertisse, était obligé, en raison du jeûn absolu, de faire aliter ses patients ; sans doute Bouveret dit à la fin de sa diététique, que le patient sous-alimenté doit être couché, sans doute les autres ont pratiqué l'alimentation jéjunale. Nous pensons seulement qu'au point de vue thérapeutique, ils ont commis une erreur d'interprétation, et qu'ils ont mis sur le compte de la diététique et de la médication des succès qui n'étaient dus qu'au repos.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE ET DIAGNOSTIQUE DU CLINOSTATISME

Le clinostatisme est en effet pour nous, le traitement de la poussée ulcéreuse. Il répond à toutes les exigences que nous avons eu soin de formuler au préalable ; son action se porte aussi bien sur la douleur, que sur la lésion.

L'action sur la douleur du clinostatisme est universelle. Elle s'applique aussi bien à l'ulcère de la petite courbure, qu'à celui du pylore et du duodénum. L'action sur la douleur du clinostatisme est *immédiate*, et c'est bien là le caractère qui nous permet d'affirmer, qu'il s'agit là d'une arme thérapeutique, dont la valeur est considérable, sauf dans les cas très précis dont nous parlerons tout à l'heure, le malade cesse de souffrir moins de 48 heures après le début du traitement. Dans la règle, quand on dit à un sujet que le lit le débarrassera quasi-instantanément de sa douleur, il est incrédule. Il objecte aussitôt que souvent ses douleurs les plus violentes surviennent la nuit, quand il est couché. Il faut lui répondre que la douleur ne survient dans le décubitus, qu'à la suite d'une journée passée debout. Mais que les nuits cessent d'être douloureuses dès que le malade a passé une journée couché. Cette action anti-algique du clinostatisme, survient aussi bien dans les poussées légères, que dans les cas invétérés qui au cours des semaines et des mois, ont acquis une intensité et une violence inouïes.

C'est ce qui laisse à l'action anti-algique du décubitus, le mérite de son effet, c'est bien qu'il agit à titre de médication *isolée*. Nous avons bien vu en haut, que ce qui contribue à entretenir les illusions dans le domaine thérapeutique de l'ulcère, c'est non seulement l'évolution spontanée de la maladie, mais encore l'emploi habituellement simultané de thérapeutique médicamenteuse et diététique convergente.

Il n'en va pas de même pour la méthode que nous préconisons, puisque nous l'appliquons isolément et que la douleur ulcéreuse, est avec elle une douleur qui se guérit sans anti-névralgique, sans anti-spasmodique belladone ou atropine sans alcalin ; quant au régime, nous avons vu qu'excepté les excitants tels que l'alcool et le café, on pouvait obtenir la même cessation des douleurs sans prescription de régimes spéciaux. Le clinostatisme est donc un traitement qui n'a pas besoin d'association thérapeutique pour être efficace.

Il y a plus, les résultats obtenus sur la douleur ulcéreuse ne sauraient pas être considérés, comme un simple camouflage. Une crise calmée par le décubitus est en règle générale, jugulée par lui, le cycle algique est interrompu par le traitement, et ne revient pas avec la reprise de la station debout. Il est vrai que nous avons l'habitude de prolonger les effets biologiques du lit par le port d'une ceinture que nous ne voulons pas appeler anti-ptosique, mais ceinture de contention abdominale. Il continue dans la station debout et surtout, pendant le travail, l'immobilisation bienfaisante de l'estomac ulcéreux. Cette prescription d'ailleurs n'est pas seulement d'inspiration théorique, elle découle de

l'interrogatoire d'un grand nombre de malades. Combien de fois, en effet, ne retrouverons-nous pas dans les antécédents des ulcéreux qu'une première poussée, pourtant caractéristique, a été prise pour une simple ptose, viscérale, et que l'action remarquable d'une ceinture a paru confirmer le diagnostic, bien qu'il soit erroné. Nous croyons pouvoir affirmer que la ceinture dans l'arsenal thérapeutique a sa place aussi bien dans le traitement des ulcères, que dans celui des ptoses véritables.

Est-ce à dire que le repos au lit guérit toute douleur d'origine ulcéreuse ? Le Dr Caroli n'a pas, en vérité, observé que de rarissimes exceptions. La première avait été un ulcère du duodénum perforé, bouché, accompagné d'une très intense périduodénite. Dans le deuxième cas, il y avait du côté de la muqueuse de l'antra pylorique, un défaut de remplissage semblant relever d'un œdème intense de la muqueuse.

L'action du décubitus sur l'ulcère gastro-duodénal ne se réduit pas, chose déjà fort appréciable, à une simple action anti-algique, à un effet monosymptomatique. Il nous a paru que le fait du décubitus s'exerçait également sur la lésion elle-même. De l'effet curateur sur l'ulcère, nous n'en voulons comme preuve que *l'effacement des signes radiologiques*, que nous avons observé sous l'effet du clinostatisme. Il nous semble que de ce point de vue, il faut séparer les ulcères en deux catégories bien distinctes. D'un côté nous mettrons ce que nous appellerons les ulcères de la portion verticale de la petite courbure ; de l'autre côté, nous mettrons les ulcères de la portion horizontale, les ulcères sphinctériens et les ulcères du bulbe duodénal. Les ulcères

siégeant sous la portion verticale de la petite courbure, sont non seulement les plus parlants, mais d'une façon générale ce sont ceux qui donnent le plus de satisfaction au point de vue thérapeutique. Nous ne parlons pas, bien entendu, des ulcères perforés, bouchés et des niches de Haudeck véritables, dont on ne rencontre plus un seul échantillon en plusieurs années. Mais, de tous les cônes diverticulaires rétrocedés sous l'action du décubitus isolé. En quinze jours ou trois semaines, ils sont complètement effacés. Nous sommes en mesure d'affirmer que nous ne connaissons pas jusqu'ici un exemple de ce type qui a résisté à ce traitement.

Il y a même des niches beaucoup plus larges que les cônes dont nous parlons, et qui n'ont plus un sommet pointu, prennent une allure horizontale et qui malgré l'étendue de la lésion présentée se résorbent peu à peu. Voici un exemple : M. S. F... 36 ans, employé de chemin de fer est entré dans le service du Professeur Carnot, le 2 décembre 1935 pour douleur épigastrique survenant 2 h. après le repas. Les douleurs étaient calmées par l'ingestion d'aliments et d'alcalins. Le malade a présenté une crise douloureuse semblable un an auparavant. Mais la crise actuelle se signale par une intensité particulière. La radio a montré la présence d'une niche. Cette niche présente sur les clichés, non pas la forme d'un cône simple, mais celui d'une cupule avec recessus diverticulaire inférieur, qui semble témoigner d'un début d'extériorisation de la lésion. Malgré ces conditions qui, a priori, nous paraissent défavorables, la niche sur des radios prises de 8 jours en 8 jours, grâce à l'action du décubitus perd son recessus, diminue de dimensions et puis s'efface complètement.

60274-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-

Les mêmes satisfactions cependant ne sont pas accordées pour ce qui est de la portion motrice de l'estomac. La niche, on le sait, manque dans la règle. Pour ce qui est de séméiologie radiologique de la portion horizontale de la petite courbure, le plus souvent la présence d'un ulcus calleux ne se traduit à ce niveau que par l'interruption du péristaltisme et rigidité segmentaire. Bien que cliniquement, la crise soit passée, bien que sans doute anatomiquement, la lésion soit cicatrisée, il est rare de pouvoir constater la récupération au niveau de la partie attaquée d'un péristaltisme normal. Les faits sont encore plus nets quand il s'agit d'un ulcus à proprement parler sphinctérien. Nous pouvons rapporter plusieurs exemples de sténose relativement serré du pylore, cliniquement guéri depuis des années par le repos initial, la ceinture abdominale et le régime alimentaire et qui présente sans varier des troubles inchangés du transit. Rien n'est plus difficile dans cette région où les images directes des niches sont difficiles à mettre en évidence d'interpréter le caractère évolutif ou cicatriciel d'une anomalie du transit. Les critères radiologiques de guérison sont également très difficiles à mettre en évidence. Si quelquefois on constate la récupération d'une image physiologique normale, d'autres fois, malgré le silence fonctionnel, on voit persister des images de rétrécissement médio-bulbaire dans la constitution desquelles la *cicatrice rétractée* a fait place sans doute à l'ulcération.

Cette action du décubitus sur la douleur et sur les signes ulcéreux, nous paraît déborder singulièrement le point de vue thérapeutique. Si l'on se reporte à la clinique on peut voir que l'action sédative du décubitus est déjà

révélée par l'interrogatoire et qu'elle fait partie intégrante des caractères particuliers de la douleur ulcéreuse. En effet, les livres ne parlent en général que du caractère périodique, de l'horaire, de l'action sédative de l'alimentation des alcalins, des vomissements provoqués. En réalité, il suffit, sur ce point, d'interroger les malades pour voir que la plupart d'entre eux n'ont *qu'à s'étendre* pour être calmés au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, et c'est pourquoi nous ajoutons aux caractères fondamentaux de la douleur ulcéreuse périodique, rythmique, calmée par l'alimentation, les alcalins, les vomissements, l'*action du décubitus*. C'est là une grande originalité de la douleur ulcéreuse au milieu des autres crises algiques abdominales, et ceci nous amène à parler de la valeur de l'épreuve du décubitus, dans le diagnostic différentiel des affections gastro-intestinales.

Nous ne connaissons, en effet, qu'une affection douloureuse du ventre dont les crises sont aussi bien calmées par le décubitus ; ce sont les crises hydro-néphrotiques. C'est une affection orthostatique par excellence, mais les douleurs n'ont aucune périodicité, et si elles sont tardives, c'est sans rapport avec les repas ; c'est simplement parce qu'elles apparaissent le soir après la fatigue de la journée. En réalité, l'épreuve du décubitus nous a paru donner de meilleurs signes différentiels entre les affections hépatiques et le gastropathie, autre que l'ulcus. Il est inutile de rappeler que les crises de cholécystite et encore moins les insuffisances hépatiques ne sont pas améliorées par le repos au lit. Si quelquefois le lit peut être un adjuvant, il ne procure pas des améliorations décisives dont nous avons parlé tout à

l'heure. Là où la différence devient plus sensible, c'est dans le comportement à l'égard de l'épreuve du décubitus de gastropathies qui ne sont pas ulcéreuses. Les malades atteints de gastrite, périgastrite, duodénite, périoduodénite, sont à peine soulagés et même quelquefois leur état est aggravé par le repos au lit. Leurs brûlures, leur gêne, leur pesanteur, leur réaction sensitivo-motrice, si riche, persiste malgré l'alitement le plus complet. Le plus souvent, l'état des malades atteints du cancer de l'estomac avec dyspepsie, plus ou moins douloureuse, n'est pas amélioré dans l'évolution inexorable par la cure de repos au lit.

Nous avons cru, également, apporter un appoint utile au diagnostic si difficile, tant radiologiquement, que cliniquement, entre l'ulcère de Cruveilhier et l'ulcère cancéreux.

Répetons que si le danger d'une perforation ou d'une hémorragie ne nous fait plus reculer dans le traitement médical d'un ulcère de l'estomac, la crainte de prendre pour un ulcère simple, un ulcère cancéreux est pour nous un souci constant quand la lésion siège sur l'estomac. Ni les signes tirés de l'âge du malade, de l'allure fonctionnelle de la maladie, du chimisme gastrique, des détails radiologiques, de la niche pourtant bien précisée par Gutmann, ne nous paraissent décisifs. L'épreuve du décubitus vient encore ici augmenter la confusion depuis que nous avons observé les malades dont nous rapportons les observations. Nous avons constaté que dans un exemple d'ulcéro-cancer typique, le décubitus a pu, transitoirement, suspendre la douleur. Il est vrai que cette douleur a repris aussitôt après le lever du malade, mais l'effet sur lequel nous voulons insister,

c'est qu'en dépit du silence fonctionnel, il y a toujours progression des signes radiologiques, d'où dissociation algoradiologique qui doit suffire en dehors de tout autre signe à envisager un traitement chirurgical radical.

Voilà les cas dont nous parlons.

M. C..., 63 ans, entre dans le service du prof. Carnot, le 6 mai 1935, pour des douleurs épigastriques. Entre les crises, le malade éprouve une gêne sourde continue au creux épigastrique. Cette crise s'accompagnait encore d'un accident hémorragique : le malade évacuait des selles noires de mælena. L'état général était très modifié, le malade était faible et fatigué. Il s'agissait donc d'un homme âgé chez lequel, en raison du mauvais état général et de la résistance de la lésion au traitement, on a pensé à la possibilité d'un cancer ulcéreux. En tout état de cause, il a paru préférable de conseiller la gastrectomie. Le malade se refuse à cette intervention. Mais il reste couché au lit. Or, les radios, prises de huit jours en huit jours montrent une rétrocession rapide de la niche qui élimine le diagnostic de l'ulcéro-cancer.

Il en va différemment pour le malade dans l'observation suivante : M. N... est venu consulter le Dr Caroli en juin 1935. Deux ans auparavant il a été gastrectomisé pour ulcus de la petite courbure, apparemment typique tant du point de vue clinique que radiologique. L'opération n'a donné qu'un répit de quatre mois.

Les symptômes ont ensuite repris, ici un accident est intervenu. Au cours d'un traitement médical, un abcès dû à une piqûre à la fesse avait entraîné une immobilisation de deux mois pendant lesquels le sujet a cessé de souffrir. Mais

si les signes fonctionnels ont disparu, les signes physiques, comme le montrent les radios tirées de 6 mois en 6 mois, n'ont fait qu'augmenter et la niche s'agrandir. Cette dissociation dans l'action antalgique et sur les manifestations radiologiques, du clinostatisme a fait porter le diagnostic d'ulcéro-cancer qu'ont confirmé l'intervention et l'examen radiologiques.

PATHOGÉNIE

L'action si nette en pratique du clinostatisme sur les symptômes de la lésion ulcéreuse ne manque pas d'évoquer des problèmes qui intéressent la pathogénie même de l'affection. Nous nous sommes demandé pendant longtemps quelle pouvait bien être la pathogénie de l'action anti-algique du décubitus. Les faits que nous avons consignés, viennent ajouter un élément qui cadre difficilement avec les théories pathogéniques habituelles de l'ulcère de l'estomac et de ses manifestations. Pendant longtemps, nous nous sommes contenté d'une explication qui n'était que verbale, et nous disions que les nerfs de l'estomac ne deviennent sensibles qu'à condition d'être tendus, un peu par comparaison avec les phénomènes acoustiques. Les cordes d'un violon ne devenant sonores que lorsqu'elles sont suffisamment tendues. Nous nous sommes demandé aussi si le repos au lit ne réalise pas une inertie musculaire gastrique. Le fait d'ailleurs n'est pas exact puisque de longues observations nous ont montré que jamais les contractions de l'antrum pylorique ne sont si actives ni si efficaces que dans le décubitus ventral gauche. Nous avons pensé également à une action du repos absolu sur la sécrétion gastrique à une hypoacidité relative liée au clinosta-

•

tisme. Il semble qu'il n'en est rien (Hellebrandt-Dimmit). Les physiologistes ont étudié la chlorhydropepsie des sujets pendant le sommeil et ont trouvé qu'elle était augmentée chez des malades ulcéreux (Henning). En réalité, nous pensons que la douleur cesse parce que la poussée évolutive est arrêtée, le décubitus étant la condition optimale de guérison de l'ulcère. Cette guérison, sans doute, est due, non pas à l'hypokinésie du décubitus de l'estomac, mais à la suppression des mouvements imprimés au corps gastrique par les contractions violentes de la paroi abdominale. Mais il y a plus. Il nous paraît permis de penser que les conditions vaso-motrices de la circulation sont modifiées au niveau de la petite courbure par la station couchée, que les artères coronaires stomachiques n'étant plus étirés par le poids de l'organe permettent un débit circulatoire meilleur, d'où une action favorable qui paraît bien être d'origine vasculaire.

Y a-t-il un rapport entre l'orthostatisme et l'affection ulcéreuse ? On ne saurait y répondre avec certitude. On sait, en effet, que pour expliquer le siège d'élection sur la petite courbure de la maladie de Cruveilhier, de très nombreuses explications ont été proposées. Pour Aschoff, la petite courbure, avec ses plis muqueux, disposés parallèlement, forme le chemin gastrique « magenstrasse », particulièrement vulnérable. Von Bergman a édifié une théorie neurogène particulièrement attirante expliquant la production des ulcères par des troubles vaso-moteurs. Pour certains auteurs, l'ulcère est une maladie constitutionnelle. Leriche fait jouer un rôle au siège particulier des glandes à mucus. Mais la plupart de ces théories font intervenir dans leur considéra-

tion des troubles circulatoires et vaso-moteurs très fréquents au niveau de la petite courbure qui est, comme on le sait, l'axe neuro-vasculaire de l'estomac, région très excitable et excitée. On peut vraiment se demander, tout en se rendant compte, de la fragilité de cette hypothèse, si la station bipède n'est pas la cause d'un étirement des vaisseaux sanguins et des mauvaises conditions circulatoires qui en sont la conséquence. Pour étayer notre hypothèse un peu simpliste, et lui donner quelque valeur, on peut invoquer un fait souvent négligé, fourni par la pathologie comparée. En effet, il est hautement suggestif de voir que les ulcères spontanés font presque complètement défaut dans la série animale et en particulier chez les mammifères. Cette remarque était déjà faite par Hauser. Dans l'entretien que nous avons eu à ce sujet avec le professeur Coquot de l'Ecole Vétérinaire de Maisons-Alfort, celui-ci nous a affirmé qu'au cours de sa longue pratique de vétérinaire, il n'a jamais eu l'occasion de traiter ni d'observer un cas d'ulcère chez les animaux : chats, chevaux, chiens. Il faut avouer que cette question est particulièrement négligée et qu'il y a peu de documents qui puissent nous donner des renseignements sur ce point si intéressant de la pathologie comparative. Aussi l'affirmation du professeur Coquot a-t-elle une valeur particulière.

Herbert et, après Salgues, se sont occupés de préciser la présence des ulcères spontanés chez les animaux sauvages en captivité. D'après leurs statistiques, l'ulcère peptique vrai, l'ulcus simplex de Cruveilhier est assez rare chez les animaux. Très curieux, et fortement suggestif, l'ulcère gastrique est plus fréquent chez les primates qui sont bipèdes

par intermittence et prennent fréquemment des attitudes verticales. Il en résulte qu'on pourrait considérer l'ulcère comme une maladie de la station debout : *Une maladie orthostatique.*

CONCLUSION

1° Le trépied classique du traitement des ulcères gastro-intestinaux est constitué par la thérapeutique médicamenteuse, par le régime et le repos. De ces trois éléments du trépied, celui auquel nous attachons le plus d'importance et que nous considérons comme essentiel est *le repos*.

2° L'expérience a montré depuis de nombreuses années dans le service de gastro-entérologie à l'Hôtel-Dieu, l'influence décisive du clinostatisme sur les poussées ulcéreuses à condition qu'il s'agisse d'un repos au lit absolu. Dans ces conditions, la cure clinostatique peut-être d'une durée relativement courte, de dix jours au maximum. Trois à quatre jours suffisent quand le malade est traité dès le début de l'évolution de l'ulcère.

3° Le clinostatisme a, dans ces conditions un effet indiscutable sur la poussée ulcéreuse, parce qu'il répond aux critères d'action thérapeutique les plus exigeants.

a) L'action est *constante*, puisqu'elle affecte toutes les variétés d'ulcère gastro-duodénal ;

b) L'action est *immédiate*, puisque la douleur disparaît au bout de 24 heures de traitement, quelle que soit la durée de la poussée ulcéreuse ;

c) L'action est complète puisqu'elle s'exerce aussi bien sur les signes fonctionnels ; c'est-à-dire la douleur que sur les signes physiques, c'est-à-dire les signes radiologiques avec cette réserve toutefois que le nettoyage radiologique n'est complet que pour les niches siégeant sur la portion verticale de la petite courbure.

d) Le clinostatisme agit à titre isolé et indépendamment de toute médication et de régime ;

e) L'action est abortive sur la poussée ulcéreuse. Les douleurs ne reprennent à condition que l'action du décubitus soit prolongée par l'effet de port d'une ceinture de contention de l'abdomen.

4°. Le clinostatisme nous paraît avoir un intérêt dans le diagnostic positif des ulcères. L'interrogatoire révèle en effet, non seulement la périodicité, la rythmicité, l'action des alcalins, de l'alimentation, des vomissements mais encore l'action résolutive du décubitus.

5°. La valeur du clinostatisme est encore plus importante du point de vue du diagnostic différentiel. Si son action est nette, sur la poussée ulcéreuse, elle est à peu près nulle sur les affections hépatiques, les gastrites, périgastrites, cholécystites. Cependant, le clinostatisme n'a pas de valeur pour ce qui est des cancers à forme ulcéreuse, mais si dans ce cas la douleur est calmée, les signes radiologiques continuent à s'étendre et c'est précisément cette dissociation algo-radiologique qui a de la valeur.

6° L'action du clinostatisme n'a vraisemblablement aucun rapport ni avec des modifications du chimisme, ni avec

celles de la kinésie, nous pensons qu'il s'agit plutôt d'une part de l'action favorable de l'immobilité, d'autre part, de modifications circulatoires vaso-trophiques . Au point de vue de pathologie comparée, il faut souligner la rareté des ulcères chez les mammifères à l'exception des primates si bien qu'on est autorisé à considérer la maladie comme une maladie orthostatique.

VU : *Le Président de la Thèse,*
CARNOT.

VU: *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMBARD. — Le traitement préventif de l'ulcère. *Journal belge de gastro-entérologie*, février 1933.
- ASCHOFF (L.). — Sur les facteurs mécaniques dans la pathogénie de l'ulcère gastrique et ses rapports avec le cancer. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1912.
- ASCHOFF (L.). — Pathologische Anatomie. 2^e édition, 1911.
- ASCHOFF. — Sur le relief de la muqueuse gastrique et sa signification pour la localisation et la forme de l'ulcère gastrique. *Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionlehre*, 1917.
- BEC (De). — L'ulcère gastro duodénal et son traitement. *Presse médicale*, 5 mai 1934.
- BERGMANN (Von). — Handbuch der inneren Medizin. 1^{re} partie, T. 3, 1926.
- BERNAY (P.) et JARIN (Ch.). — La douleur chez les ulcéreux. *Journal de médecine de Lyon*, août 1933.
- BOLLMANN et MANN. — Ulcère peptique et expérimental. *Journal of the american association*, 1933.
- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac, 1893.

- CARNOT (P.) et CAROLI (J.). — Communication à la Société de Gastro-entérologie, 1934.
- CARNOT (P.), SIMONET, Mlle TISSIER, CACHÉRA. — Contribution à l'étude des ulcères gastriques expérimentales et l'influence de diverses conditions expérimentales sur la production d'ulcère gastrique. *Société de Biologie*, 8 juillet 1933.
- CAROLI (J.) et CORMAN. — La constitution morphologique des ulcéreux. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, janvier 1935.
- CONHEIM. — *Untersuchungen ueber embolische Prozesse*, 1872.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique. *Atlas*, X^e livre.
- CADEAC (Encyclopédie). — Pathologie int., 1908.
- CADIOT (P.-J.), LESBOUYRIES (J.), RIES (N.-J.). — Traité de médecine des animaux domestiques.
- DISSE. — Sur les vaisseaux dans la muqueuse gastrique de l'homme. *Archiv fuer mikroskopische Anatomie*, 1904.
- DIEULAFOY. — Exulcération simple. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Tome 2, 1898.
- DIMMIT et HELLEBRANDT. — Influence of exercise on digestive works, Effects on relation between secretory and motor function. *American journal of Physiology*, fébr. 1894.
- ENRIQUEZ (Ed.) et DURAND (J.). — Nouveau traité de Pathologie interne, Tome I, maladies du tube digestif.
- FRIEDMANN (G.). — L'influence de l'extirpation des surrénales et la thyroïdectomie sur l'ulcère gastrique et duodéal. *Journal of medical research* mai 1915.
- FONTAINE et LERICHE. — Position de l'ulcère peptique expérimental. *Société de Chirurgie de Lyon*, 27 mars 1933.

- GRANET. — Etudes sur le mécanisme de la douleur dans l'ulcère peptique. *Journal of Laboratory and clinical medicine*, oct. 1933.
- GERIN (Ch.); BERNAY (P.). — La douleur chez les ulcéreux. *Journal de médecine de Lyon*, août 1933.
- GUTMANN (R.-A.). — Les éléments du diagnostic entre le cancer ulcéreux et l'ulcère vrai. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 2^e janvier 1933.
- GUTMANN (R.-A.). — De quelques signes radiologiques du cancer gastrique au début. La niche en plateau. *Société de radiologie médicale de France*, 4 avril 1934.
- GUTMANN (R.-A.). — Le problème de l'ulcéro-cancer dans la pratique. *Monde médical*, févr. 1935.
- GUTMANN (R.-A.). — Les syndromes douloureux de la région épigastrique. 2^e édition, 1934.
- HART (C.). — Sur l'hémorragie d'origine nerveuse. *Frankfurter Zeitschrift fuer Pathologie*, 1913.
- HAYEM (G.), LION (G.). — Maladies de l'estomac, 1913.
- HURST (A.-F.) et STEWART (M.-J.). — L'ulcère gastro-duodénal. *Oxford méd.*, 1929.
- HAUSER. — Lésions peptiques de l'estomac et de l'intestin. *Henke-Lubarsch*, Tome 4, 1924.
- HOFMAN et NATHER. — Sur l'anatomie des artères de l'estomac. *Arch. für Klin. Chirurgie*, 1921.
- HELLEBRAND (F.-A.), HOOPES (S.-L.). — Influence of exercise on digestive work : secretory cycle. *American j. of Physiology*, fév. 1934.
- HENNING. — Le sécrétion de l'estomac pendant le sommeil. *Deutsch. Arch. für Klinische med.*, 172, 1932.

HUTYRA (Von) (F.), MAREK (J.). — Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere; 1910.

HERBERT (F.). — Diseases in captive wild mammals. Philadelphia, 1933.

JATROU. — Sur la répartition artérielle dans l'estomac, ses rapports à l'ulcère gastrique. *Dtsch Zeitschr. f. Chirurgie*, 1920.

KINSELLA (V.-J.). — Le mécanisme de la douleur dans les affections viscérales de l'abdomen. *Med. J. Austr.*, 1928.

KAWAMURA (K.). — Sur la production expérimentale des ulcères gastriques par des lésions nerveuses. *Dtsch Zeitschr. f. Chirurgie*, 1911.

KAWAMURA (K.). — Sur le problème de digestion des tissus vivants dans l'estomac. *Mitt. a. d. grenzgeb. der Medizin und Chirurgie*, 1913.

LOEPER. — Thérapeutique médicale, 1931.

LOEWY (J.). — Dérivation pancréatique et ulcère. *Soc. de Chirurgie*, 5 avril 1933.

LERICHE et FONTAINE. — Position de l'ulcère peptique expérimental. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 25 mars 1933.

LERICHE. — Réflexion sur l'évolution, la nature et le traitement de l'ulcère du duodénum. *Presse médicale*, 5 août 1933, 23 août 1933.

MANN. — Etude sur l'ulcère gastrique consécutive à l'extirpation des glandes surrénales. *Journal of experimental medicine*, 1916.

MÉZARD et OURY. — Traitement des ulcères gastro-intestinaux. *La Pratique médicale illustrée*, 1934.

MATHIEU (A.). — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, 1901.

- MATHIEU (A.), ROUX (J.-Ch.). — Pathologie gastro-intestinale, Revue corrigée et augmentée par MM. ROUX (J.-C.), MOUTIER (F.), CAILLE (T.), 1923.
- NAKASHIMA (Y.). — La pathogénie de l'ulcère peptique de l'estomac et du duodénum. *Zeitschrift f. d. ges. exp. med.*, T. 47, 1923.
- OPHULS. — L'ulcère gastrique chez les lapins consécutif à la résection du périmo-gastrique au-dessous du diaphragme. *Journal of exp. med.*, 1906.
- OURY et MÉZARD. — Traitement des ulcères gastro-intestinaux. *La pratique médicale illustrée*, 1934.
- PALMER. — Le mécanisme de la douleur dans l'ulcère gastro-duodéal. *Arch. Int. Med.*, 1927.
- RICKER et REGENDANS. — Contribution à l'étude des troubles circulatoires locaux. *Virchows archive f. Path. anat. und. Physiol.*, 1921.
- ROESTE. — Sur la pathogénie de l'ulcère gastro-duodéal. *Muenchener med. Wochesch.*, 1912.
- SALGUES. — L'ulcère gastrique spontané des vertébrés. *Arch. de mal. de l'appareil digestif*, juill. 1934.
- STAENKE (Von). — Recherches expérimentales sur le problème de la production neurogène de l'ulcus gastrique. *Habilitation schrift*, 1924.
- SHAG (H.), KATZ (A.-B.). — Recherches expérimentales sur la physiologie de l'estomac. *Arch. of intern. medic.*, oct. 1932.
- STOHR. — Observation sur les nerfs de l'estomac et leurs altérations dans l'ulcère chronique. *Clinische Wocheschr.*, juill. 1932.
- STROHMEYER. — La pathogénie de l'ulcère gastrique et ses rapports avec le carcinome. *Beitr. z. Path. u. G. allg. Path.*, 1912.

SMITHIES. — Observation sur la nature et le diagnostic clinique de l'ulcère gastrique. Sa génèse. *Americ. journ. of medical sciences*, 1923.

TALMA. — Untersuchungen ueber ulcus ventriculi simplex, 1890.

WESTPHAL (K.). — Recherches sur le problème de la production nerveuse de l'ulcère peptique. *Dtsch arch. f. Klin. Med.*

WEISS (A.-J.). — Orientation nouvelle du problème de l'ulcère expérimental. *Société de Chirurgie*, mai 1933.

WEISS (A.-J.). — Etat actuel de la question des ulcères expérimentaux. *Journ. belge de gastro-entérologie*, févr. 1933.

